



EXPEDIENTE DE PRESTACIÓN COMPLEMENTARIA: DENTARIAS, OCULARES Y OTRAS	
SERVICIO PROVINCIAL	REGISTRO DE PRESENTACIÓN
OFICINA DELEGADA	REGISTRO DE ENTRADA
CÓDIGO DEL EXPEDIENTE	

SOLICITUD

Número de afiliación	Entidad médica	DATOS DEL TITULAR		DNI/NIE/Pasaporte	
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre		Teléfono: Fijo Móvil	
Domicilio	Código postal y localidad	Provincia	País		
Si desea recibir información, indique su dirección de correo electrónico@.....					
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN					
Nombre y apellidos (si fuese el propio titular, indiquese "el mismo")			DNI/NIE/Pasaporte		Relación con el titular
DATOS PARA INFORMACIÓN SOBRE LA NOTIFICACIÓN					
- Cumplimentese SOLO si desea que la notificación se practique en lugar distinto de su domicilio					
Calle y nº:					
Código Postal y localidad:Provincia.....País.....					
<input type="checkbox"/> Se solicita devolución de la documentación original.					

EJEMPLAR PARA MUFACE

1. DENTARIAS	Acompáñese siempre el documento señalado con <input checked="" type="checkbox"/> y, en el caso que proceda, el señalado con <input type="checkbox"/> marcándolo con X
	<input checked="" type="checkbox"/> Factura del odontólogo, estomatólogo o cirujano maxilofacial que haya realizado la implantación o el tratamiento. La factura deberá detallar conceptos y precios y tener constancia del pago o acompañarse, en su caso, del recibo que lo acredite. Recuerde que en la factura debe aparecer la leyenda "Exento de IVA". En el caso de "Dentadura superior / inferior", se debe especificar si se trata de una dentadura "completa" o, en su defecto, enumerar las piezas que incluye. Si se aporta factura de protésico dental, deberá acompañarse de la factura o informe del especialista que haya realizado la prescripción e implantación del tratamiento. <input type="checkbox"/> Si se trata de ortodoncia y el beneficiario ha cumplido los 18 años en la fecha de la factura, informe del facultativo especialista acreditativo de la fecha en que comenzó el tratamiento.
2. OCULARES	Acompáñese siempre el documento señalado con <input checked="" type="checkbox"/> y, en el caso que proceda, el señalado con <input type="checkbox"/> marcándolo con X
	<input type="checkbox"/> En las solicitudes de ayudas para lente terapéutica y ayudas prismáticas para alteraciones severas de la motilidad ocular, informe del oftalmólogo con el diagnóstico y la prescripción. <input type="checkbox"/> Para la primera solicitud de ayudas ópticas para baja visión informe del oftalmólogo en el que se detalle la agudeza visual del beneficiario y, en su caso, del campo visual.
	<input checked="" type="checkbox"/> Factura de la óptica, o en su caso, del oftalmólogo. La factura deberá detallar conceptos y precios, no bastando con los nombres comerciales. Tener constancia del pago o acompañarse, en su caso, del recibo que lo acredite.

3. OTRAS	<input type="checkbox"/> AUDÍFONO	<input type="checkbox"/> LARINGÓFONO	<input type="checkbox"/> COLCHÓN /COLCHONETA
	<p><i>Acompáñese siempre el documento señalado con <input checked="" type="checkbox"/> y, en el caso que proceda, el señalado <input type="checkbox"/> marcándolo con X</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Informe del correspondiente especialista, concertado con la entidad médica, con el diagnóstico y la prescripción del producto sanitario.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Factura del establecimiento suministrador autorizado. La factura deberá detallar conceptos y precios y tener constancia del pago o acompañarse, en su caso, del recibo que lo acredite. Respecto a las facturas lea atentamente las instrucciones que aparecen al final de este impreso</p> <p><input type="checkbox"/> En el caso de titular adscrito al INSS, documentación que acredite que, habiendo utilizado los servicios sanitarios que le corresponden, ha solicitado la prestación en el organismo competente y no la ha obtenido o la ha obtenido en cuantía inferior a la financiada por MUFACE.</p> <p><input type="checkbox"/> En caso de reparación, certificado de garantía del producto cuando el producto tenga una antigüedad inferior a 5 años</p>		

SE INFORMA	<p>El expediente se resolverá de acuerdo con los conceptos reflejados en la factura y la normativa vigente.</p> <p>El plazo de resolución de este expediente es de dos meses desde la fecha de entrada de la solicitud en Muface. Transcurrido dicho plazo, los efectos de la falta de resolución expresa (silencio administrativo) serán estimatorios.</p>
-------------------	---

COMPRUEBE	<p>Para evitar trámites de subsanación, las facturas aportadas deberán incluir inexcusablemente los siguientes datos o menciones, según la vigente normativa sobre facturación:</p> <p>a) Número y, en su caso, serie de la factura, así como fecha de su expedición.</p> <p>b) Del emisor de la factura: Nombre y apellidos, razón o denominación social completa, así como el número de identificación fiscal (NIF) y domicilio.</p> <p>c) Del destinatario de la factura: Nombre y apellidos (mutualista o beneficiario que recibe el servicio), domicilio, y el NIF, solo en los supuestos excepcionales establecidos en el artículo 6.1d) del Real Decreto 1619/2012, de 30 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento por el que se regulan las obligaciones de facturación.</p> <p>d) Descripción de las operaciones, desglose de conceptos y precios, consignándose todos los datos necesarios para la determinación de la base imponible de aquellas y su importe.</p> <p>e) IVA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si se trata de una prestación dentaria, la factura deberá incluir la mención de que el servicio está exento de IVA. ✓ En el resto de supuestos el I.V.A. aplicable, con su correspondiente desglose entre base y cuota. <p>f) Fecha en que se hayan efectuado las operaciones que se documentan, si se trata de fecha distinta a la de expedición de la factura.</p> <p>g) Justificación del Pago, que consiste en la inclusión de la palabra "RECIBÍ", "COBRADO" O "PAGADO" o acompañarse del recibo que lo acredite el pago.</p> <p>Los mutualistas deberán conservar los originales de las facturas y los otros documentos de valor probatorio durante un plazo de 4 años, contados desde la fecha de cobro de la prestación</p>
------------------	---

DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA			
IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	D.C. Nº cuenta / libreta

<p>Declaro expresamente que los datos consignados en esta solicitud son ciertos y que todos los documentos adjuntados a la solicitud son originales o copias fieles de los documentos originales. Asimismo, declaro que conozco la obligación de respetar el régimen de incompatibilidades de la ayuda que en su caso perciba, y de reintegrar el exceso con intereses de demora en caso de superar las ayudas recibidas, el coste incurrido y justificado en mi solicitud, de acuerdo con la normativa vigente.</p>	
LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado (Art. 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales), se informa que los datos personales facilitados serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar las prestaciones sanitarias en el Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Así como la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante la Directora del Departamento de Prestaciones Sanitarias de MUFACE.

Más información: <http://www.muface.es/protecciondedatos>
 Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: DPDMuface@muface.es



EXPEDIENTE DE PRESTACIÓN COMPLEMENTARIA: DENTARIAS, OCULARES Y OTRAS	
SERVICIO PROVINCIAL	REGISTRO DE PRESENTACIÓN
OFICINA DELEGADA	REGISTRO DE ENTRADA
CÓDIGO DEL EXPEDIENTE	

SOLICITUD

Número de afiliación	Entidad médica	DATOS DEL TITULAR		DNI/NIE/Pasaporte	
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Teléfono: Fijo Móvil		
Domicilio	Código postal y localidad	Provincia	País		
Si desea recibir información, indique su dirección de correo electrónico@.....					
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN					
Nombre y apellidos (si fuese el propio titular, indiquese "el mismo")			DNI/NIE/Pasaporte	Relación con el titular	
DATOS PARA INFORMACIÓN SOBRE LA NOTIFICACIÓN					
- Cumplimentese SOLO si desea que la notificación se practique en lugar distinto de su domicilio					
Calle y nº:					
Código Postal y localidad:Provincia.....País.....					
<input type="checkbox"/> Se solicita devolución de la documentación original.					

EJEMPLAR PARA EL INTERESADO

1. DENTARIAS	<p>Acompáñese siempre el documento señalado con <input checked="" type="checkbox"/> y, en el caso que proceda, el señalado con <input type="checkbox"/> marcándolo con X</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Factura del odontólogo, estomatólogo o cirujano maxilofacial que haya realizado la implantación o el tratamiento. La factura deberá detallar conceptos y precios y tener constancia del pago o acompañarse, en su caso, del recibo que lo acredite. Recuerde que en la factura debe aparecer la leyenda "Exento de IVA". En el caso de "Dentadura superior / inferior", se debe especificar si se trata de una dentadura "completa" o, en su defecto, enumerar las piezas que incluye. Si se aporta factura de protésico dental, deberá acompañarse de la factura o informe del especialista que haya realizado la prescripción e implantación del tratamiento.</p> <p><input type="checkbox"/> Si se trata de ortodoncia y el beneficiario ha cumplido los 18 años en la fecha de la factura, informe del facultativo especialista acreditativo de la fecha en que comenzó el tratamiento.</p>
2. OCULARES	<p>Acompáñese siempre el documento señalado con <input checked="" type="checkbox"/> y, en el caso que proceda, el señalado con <input type="checkbox"/> marcándolo con X</p> <p><input type="checkbox"/> En las solicitudes de ayudas para lente terapéutica y ayudas prismáticas para alteraciones severas de la motilidad ocular, informe del oftalmólogo con el diagnóstico y la prescripción.</p> <p><input type="checkbox"/> Para la primera solicitud de ayudas ópticas para baja visión informe del oftalmólogo en el que se detalle la agudeza visual del beneficiario y, en su caso, del campo visual.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Factura de la óptica, o en su caso, del oftalmólogo. La factura deberá detallar conceptos y precios, no bastando con los nombres comerciales. Tener constancia del pago o acompañarse, en su caso, del recibo que lo acredite.</p>

3. OTRAS	<input type="checkbox"/> AUDÍFONO	<input type="checkbox"/> LARINGÓFONO	<input type="checkbox"/> COLCHÓN /COLCHONETA
	<p><i>Acompáñese siempre el documento señalado con <input checked="" type="checkbox"/> y, en el caso que proceda, el señalado <input type="checkbox"/> marcándolo con X</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Informe del correspondiente especialista, concertado con la entidad médica, con el diagnóstico y la prescripción del producto sanitario.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Factura del establecimiento suministrador autorizado. La factura deberá detallar conceptos y precios y tener constancia del pago o acompañarse, en su caso, del recibo que lo acredite. Respecto a las facturas lea atentamente las instrucciones que aparecen al final de este impreso</p> <p><input type="checkbox"/> En el caso de titular adscrito al INSS, documentación que acredite que, habiendo utilizado los servicios sanitarios que le corresponden, ha solicitado la prestación en el organismo competente y no la ha obtenido o la ha obtenido en cuantía inferior a la financiada por MUFACE.</p> <p><input type="checkbox"/> En caso de reparación, certificado de garantía del producto cuando el producto tenga una antigüedad inferior a 5 años</p>		

SE INFORMA	<p>El expediente se resolverá de acuerdo con los conceptos reflejados en la factura y la normativa vigente.</p> <p>El plazo de resolución de este expediente es de dos meses desde la fecha de entrada de la solicitud en Muface. Transcurrido dicho plazo, los efectos de la falta de resolución expresa (silencio administrativo) serán estimatorios.</p>
COMPRUEBE	<p>Para evitar trámites de subsanación, las facturas aportadas deberán incluir inexcusablemente los siguientes datos o menciones, según la vigente normativa sobre facturación:</p> <p>a) Número y, en su caso, serie de la factura, así como fecha de su expedición.</p> <p>b) Del emisor de la factura: Nombre y apellidos, razón o denominación social completa, así como el número de identificación fiscal (NIF) y domicilio.</p> <p>c) Del destinatario de la factura: Nombre y apellidos (mutualista o beneficiario que recibe el servicio), domicilio, y el NIF, solo en los supuestos excepcionales establecidos en el artículo 6.1d) del Real Decreto 1619/2012, de 30 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento por el que se regulan las obligaciones de facturación.</p> <p>d) Descripción de las operaciones, desglose de conceptos y precios, consignándose todos los datos necesarios para la determinación de la base imponible de aquellas y su importe.</p> <p>e) IVA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si se trata de una prestación dentaria, la factura deberá incluir la mención de que el servicio está exento de IVA. ✓ En el resto de supuestos el I.V.A. aplicable, con su correspondiente desglose entre base y cuota. <p>f) Fecha en que se hayan efectuado las operaciones que se documentan, si se trata de fecha distinta a la de expedición de la factura.</p> <p>g) Justificación del Pago, que consiste en la inclusión de la palabra "RECIBÍ", "COBRADO" O "PAGADO" o acompañarse del recibo que lo acredite el pago.</p> <p>Los mutualistas deberán conservar los originales de las facturas y los otros documentos de valor probatorio durante un plazo de 4 años, contados desde la fecha de cobro de la prestación</p>

DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA			
IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	D.C. Nº cuenta / libreta

<p>Declaro expresamente que los datos consignados en esta solicitud son ciertos y que todos los documentos adjuntados a la solicitud son originales o copias fieles de los documentos originales. Asimismo, declaro que conozco la obligación de respetar el régimen de incompatibilidades de la ayuda que en su caso perciba, y de reintegrar el exceso con intereses de demora en caso de superar las ayudas recibidas, el coste incurrido y justificado en mi solicitud, de acuerdo con la normativa vigente.</p>	
LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado (Art. 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales), se informa que los datos personales facilitados serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar las prestaciones sanitarias en el Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Así como la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante la Directora del Departamento de Prestaciones Sanitarias de MUFACE.

Más información: <http://www.muface.es/protecciondedatos>
 Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: DPDMuface@muface.es